

**Programa de Alimentación (CACFP)
FORMA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS (2011-2012)**

Parte 1- Niños Inscritos en la Guardería

Anote los nombres y las edades de los niños inscritos en la guardería. Indique la identidad racial y étnica de cada niño. Si usted deja de llenar esta información, un representante del centro tendrá que completar la información mediante una identificación visual. Esta información es usada estrictamente para reportes estadísticos, y no afecta la elegibilidad de participación en el programa. **Nota:** A= Asiático; IA/NA= Indio Americano o Nativo de Alaska; N/AA= Negro o Afro Americano; H/IP= Hawaiano o de las Islas del Pacífico; B= Blanco.

Apellido	Nombre	Edad	Identificación Étnica (seleccione una) y Identificación Racial seleccione una o más de una si se aplica)
			Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI/NA <input type="checkbox"/> N/AA <input type="checkbox"/> H/PI <input type="checkbox"/> B
			Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI/NA <input type="checkbox"/> N/AA <input type="checkbox"/> H/PI <input type="checkbox"/> B
			Étnica: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino Raza: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> AI/NA <input type="checkbox"/> N/AA <input type="checkbox"/> H/PI <input type="checkbox"/> B

Marque esta casilla si alguno de los niños listados arriba es un niño de acogida quien está bajo la responsabilidad del Estado o de la corte.

Parte 2- Programas de Asistencia: ¿Recibe alguna de las personas en su hogar los beneficios de uno de los programas listados a continuación? Si no, CONTINUÉ EN LA PARTE 3. Si alguna persona en su hogar participa en alguno de los programas, por favor indique cuál de los programas y escriba el número de caso (sólo se le requiere reportar el número de uno de los programas) y CONTINUÉ EN LA PARTE 5

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Suplementaria de Alimentos (SNAP) también conocido como el Programa de Cupones Para Alimentos | Número de Caso: _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | Número de Caso: _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa de Distribución de Alimentos para las Reservaciones Indígenas (FDPIR) | Número de Caso: _____ |

(No se acepta el número de la tarjeta Quest o el número de Seguro Social.)

Parte 3- Reporte de Ingresos: Anote los nombres de todas las personas que viven en el hogar, quienes no están incluidos en la Parte 1. Anote los ingresos que recibió cada miembro de la familia en el mes anterior a la fecha de esta solicitud. Indique si el ingreso es semanal (S), mensual (M), o anual (A).

Salarios o Ingresos Netos

- La palabra "ingresos" se refiere al ingreso neto o ingreso en efectivo antes de las deducciones. Si el niño es un niño de acogida, reporte solamente el ingreso persona del niño.
- Compensaciones monetarias por servicios prestados, incluyendo salarios, comisiones, dividendos o intereses de cuentas de ahorro, inversiones, cuentas de fideicomiso y de otras cuentas.
- Ingresos netos por trabajos agrícolas independientes, y/o trabajos independientes no agrícola o de otro tipo.
- Si el ingreso es negativo, anote cero "0" y llene un nuevo formulario en 45 días y así, sucesivamente cada 45 días hasta que pueda reportar un ingreso.

Otros Ingresos

- Pagos de Seguridad Social, asistencia o bienestar públicos, pensiones por divorcio, pagos para el mantenimiento de los niños, o compensaciones por desempleo.
- Pensiones privadas o anualidades, dividendos o intereses, ingresos por rentas o fideicomisos, regalías o derechos por renta.
- Ayuda financiera al estudiante (becas o subsidios) que no sean usados para cubrir los gastos educativos del estudiante.
- Contribuciones o ayudas regulares de otras personas que no viven en el hogar.

Apellido	Nombre	Ingreso Neto/ Salarios / Sueldos			Otros Ingresos			Totales Para Exclusivo del Centro					
		\$	S	M	A	\$	S	M	A	\$	S	M	A
		\$	S	M	A	\$	S	M	A	\$	S	M	A
		\$	S	M	A	\$	S	M	A	\$	S	M	A
		\$	S	M	A	\$	S	M	A	\$	S	M	A
		\$	S	M	A	\$	S	M	A	\$	S	M	A
Total de Personas que Viven en el Hogar _____		Nota: Si fuera necesario convertir algunos de los ingresos a un ingreso anual, multiplique el ingreso semanal por 52, el ingreso de dos veces por semana por 26, y el ingreso mensual por 12.						Ingreso Total: \$			S M A		

Parte 4 Número de Seguro Social: Si el adulto miembro del hogar que llena esta solicitud no proporciona un número de TANF, SNAP o de FDPIR en la Parte 2 de esta solicitud, la persona que completa la solicitud deberá proporcionar los 4 últimos números/dígitos de su Seguro Social (NSS).

-- Si el adulto miembro del hogar que está llenando y firmando esta solicitud no tiene un número de Seguro Social, marque esta casilla.

Parte 5 Firma: Yo, certifico que la información en esta solicitud es correcta y auténtica. Entiendo que esta información está condicionada al recibo de fondos Federales, que las autoridades del centro podrían verificar la información y que, cualquier información deliberadamente falsificada podría conducir a juicio, en conformidad con las leyes Federales y Estatales. **Nota:** Si alguno de los niños listados en esta solicitud es un niño de acogida, esta solicitud puede ser firmada por un oficial de la corte u otra agencia encargada del bienestar del niño.

_____ Firma del Adulto Miembro del Hogar	_____ Fecha	_____ Domicilio
_____ Escriba su Nombre en Letra Imprinta	_____ Ciudad	_____ Estado
	_____ Teléfono de la Casa	_____ Teléfono del Trabajo
	_____ Código Postal	

PARA USO EXCLUSIVO DEL CENTRO

Income Category (check one): Free Reduced Paid (Ineligible for Free or Reduced priced meals)

This form expires 12 months after the month in which it is received and approved by the institution,

Example: If the determination date is July 2011, the form is valid from July 1, 2011 through July 31, 2012.

Signature of Center's Eligibility Official

Determination Date:

Month	Year